Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

31 765 Kwaliteit van zorg

Nr. 153 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2015

Op 6 februari heb ik uw Kamer met mijn brief *Kwaliteit loont* (Kamerstuk 31 765, nr. 116) geïnformeerd over het actieplan om te komen tot kwalitatief betere zorg die betaalbaar blijft. Ook heb ik uw Kamer op 11 februari (Kamerstuk 31 765, nr. 117) geïnformeerd over de planning rondom de verschillende activiteiten die in het kader van Kwaliteit loont worden opgezet of versneld. Met deze voortgangsrapportage informeer ik u verder over de stand van zaken rondom Kwaliteit loont.

Met het niet door gaan van de wijziging van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet (Zvw), was het niet mogelijk via die weg de zorg kwalitatief te verbeteren en doelmatiger te maken. Het doel dat met de wijziging van artikel 13 van de Zvw werd beoogd, kwalitatief betere en doelmatigere zorg, bleef echter onverminderd overeind staan. Om dit alsnog te bereiken, heb ik het actieplan Kwaliteit loont opgesteld. Kern van «Kwaliteit loont» maatregelen is dat het voor patiënten, zorgverleners en verzekeraars lonender moet worden om te kiezen voor de beste zorg. Veel van de maatregelen zijn gericht op het bevorderen van goede contractering. In contracten kunnen immers afspraken gemaakt worden over kosten, kwaliteit en vernieuwing. En goede contracten komen alleen tot stand als er meer evenwicht komt tussen zorgaanbieders, verzekeraars en verzekerden. Dit vormt de basis waar (meerjaren)afspraken over kwaliteit, kosten en omzet gemaakt worden. Daarnaast wordt de positie van de patiënt in het stelsel versterkt en het evenwicht in de sector hersteld.

In de afgelopen maanden zijn stevige stappen gezet op verschillende onderdelen van de brief. In overleg met verschillende partijen, waaronder zorgaanbieders (onder meer huisartsen, vrijgevestigde psychotherapeuten en psychologen, psychiaters en ziekenhuizen), patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, NZa, Zorginstituut en Kwaliteitsinstituut is nadere invulling gegeven aan een aantal actiepunten. Ook de komende periode zullen de veldpartijen betrokken blijven bij de uitwerking van de verschillende maatregelen.

kst-31765-153
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

Kwaliteit loont heeft een goede start achter de rug, maar daarmee zijn we er nog niet. Het is een traject waar een aantal stappen al snel gezet kon worden. Uw Kamer is hier in de afgelopen periode ook regelmatig via separate brieven over geïnformeerd. Hierbij valt te denken aan de verbetering van de risicoverevening 2016 en de eerste resultaten die in het kader van het «jaar van de transparantie» behaald worden. Andere maatregelen dienen door middel van regelgeving gerealiseerd te worden. Goede afstemming en consultatie is hier van essentieel belang. Dat betekent dat hier in de komende periode nog verdere stappen in gezet moeten worden.

In deze brief schets ik de voortgang ten aanzien van de verschillende maatregelen. In de bijlage[1] is tevens de meest recente versie van de routetijdentabel voor alle maatregelen toegevoegd.

Bevordering van contractering op kwaliteit

Verbetering risicoverevening en eigen risico

Een belangrijk onderdeel van Kwaliteit loont is dat zorgverzekeraars zich meer gaan richten op chronisch zieken en ouderen. Juist voor deze groep is het immers mogelijk om door middel van goede inkoop op kwaliteit de zorg te verbeteren en de kosten te beheersen. Als zorg in één keer goed wordt geleverd zonder complicaties, levert dit niet alleen kwaliteitswinst voor de patiënt op, maar ook kunnen de kosten hierdoor dalen. Als wordt geïnvesteerd in preventie, scheelt dat kosten in het verdere zorgtraject. Om het voor zorgverzekeraars aantrekkelijker te maken om zich te richten op deze groep verzekerden, neem ik een aantal maatregelen ten aanzien van de risicoverevening. Door de verdeling van de gelden uit het zorgverzekeringsfonds te verbeteren worden prikkels tot risicoselectie verminderd en worden verzekeraars meer gestimuleerd om zich (ook) te richten op mensen die veel gebruik maken van zorg.

Zoals ik in mijn brief van 16 juni heb toegelicht, is er afgelopen maanden een ambitieus onderzoeksprogramma uitgevoerd. Resultaat daarvan is dat een groot aantal verbeteringen kan worden doorgevoerd in de risicovereveningsmodellen voor 2016. Het gaat daarbij zowel om verbetering van de bestaande vereveningskenmerken als om de introductie van nieuwe vereveningskenmerken.
De eerste, voorlopige resultaten van de verbeterde modellen zijn veelbelovend. Er worden bijna 350 duizend extra (chronisch) zieken geïdentificeerd waarvoor verzekeraars een relatief hoge vereveningsbijdrage gaan ontvangen. Daarmee komt het aantal verzekerden met voorspelbaar hoge kosten dat met de risicoverevening wordt geïdentificeerd op ruim vier miljoen. Ook zijn gebruikers van wijkverpleging, geriatrische revalidatiezorg en fysiotherapie niet meer voorspelbaar verliesgevend. Verder neemt de herverdeling bij verzekeraars van gezond naar ongezond toe van 5,2 miljard euro in 2006 naar 13,8 miljard euro in 2016, oftewel van 26% naar 36% van de kosten.

Al met al ben ik verheugd met de verbeteringen die ik per 2016 naar alle waarschijnlijkheid kan doorvoeren in de risicoverevening. Het is nu aan verzekeraars om zich meer te richten op chronisch zieken en andere kwetsbare groepen die veel zorg nodig hebben. Zij kunnen dat doen door bij de inkoop van zorg meer rekening te houden met de behoeften van chronisch zieken en betere afspraken met zorgaanbieders te maken over preventie en over kwalitatief goede en beter afgestemde zorg voor deze groepen. Zoals gezegd betere kwaliteit, bijvoorbeeld vroeger behandelen

[1] Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

en minder nabehandelingen, kan leiden tot lagere kosten. Dat voordeel kunnen verzekeraars teruggeven aan hun verzekerden via een lagere premie of een korting op het eigen risico.

De afgelopen maanden is gesproken met de verzekeraars over de aanpassingen van het risicovereveningsmodel en zij ondersteunen de ingezette koers. Hoe deze aanpassingen voor de individuele zorgverzekeraars uitpakken wordt in de zomer duidelijker. Op basis daarvan zullen verzekeraars bepalen hoe zich meer op deze groepen te richten, hun contractering aan te passen, nieuwe producten te ontwikkelen en eventuele kortingen door te voeren. Dit proces zal vanaf de zomer zijn beslag krijgen.

Onderzoeken NZa

In het stelsel is het essentieel dat verzekerden de ruimte hebben om te kiezen voor elke zorgverzekeraar en voor elke polis. Deze keuzevrijheid van de verzekerden is een extra stimulans voor zorgverzekeraars om zich in te zetten voor het aantrekken en behoud van hun verzekerden. Indirecte risicoselectie, waarmee zorgverzekeraars zich op een bepaalde (winstgevende) groep richten, brengt de solidariteit van het systeem in gevaar. Met bovenstaande wijzigingen rondom de risicoverevening krijgen zorgverzekeraars een prikkel om zich meer te richten op ouderen en chronisch zieken. Deze groep moet zich echter ook vrij voelen om te wisselen van zorgverzekeraar en op die manier ook te «stemmen» met hun voeten. Het zou onwenselijk zijn als verzekeraars zich richten op bepaalde voorspelbaar winstgevende groepen. In mijn brief van 27 februari heb ik u nader geïnformeerd over de opzet van het onderzoek van de NZa hiernaar. Recent heb ik u de uitkomsten van dit onderzoek van de NZa en mijn reactie daarop doen toekomen. De belangrijkste punten uit deze brief zijn dat de NZa een bepaling zal opnemen in de regeling over de informatieverstrekking van zorgverzekeraars aan verzekerden om sturing van verzekerden door verschillen in inschrijvingseisen tegen te gaan. Ook de zorgverzekeraars hebben maatregelen aangekondigd om verschillen in inschrijvingseisen tegen te gaan. Zoals ik in mijn brief aangeef, ben ik van mening dat de aangepaste regelgeving van de NZa en de maatregelen van de zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan het verminderen van inschrijfbelemmeringen. Ik zal de NZa vragen om het effect hiervan in haar monitoring blijvend mee te nemen.
Op basis van de bevindingen van de NZa stel ik verder vast dat in de aanvullende verzekeringen op onderdelen ongewenste elementen voorkomen. Er worden al verschillende maatregelen genomen – zowel door de NZa als door de zorgverzekeraars – die hierin verbetering kunnen brengen, maar ik ben van mening dat er meer nodig is.
De NZa stelt dat het onwenselijk is als de aanvullende verzekering met de basisverzekering als één pakket wordt aangeboden. Ik ben daarbij van mening dat het als één pakket aanbieden van de aanvullende verzekering en de basisverzekering als koppelverkoop kan worden beschouwd en dat is verboden. Ik vraag de NZa hier strikter op toe te zien en zo nodig handhavend op te treden. Ik zal daarvoor met NZa in gesprek gaan om te bezien of hiervoor nadere duiding noodzakelijk is van artikel 40 van de Wet marktordening gezondheidszorg.
Ik wacht de resultaten van het vervolgonderzoek van de NZa naar de vraag of er groepen verzekerden zijn die voorspelbaar «winstgevend» zijn met interesse af. Hieruit zal moeten blijken of informatie over winstgevendheid van groepen verzekerden voor zorgverzekeraars ook een prikkel is om daadwerkelijk het keuzegedrag van verzekerden te beïnvloeden. Door de gegevens op polisniveau te presenteren zal duidelijk worden of er polissen bestaan waarin een vorm van risicoselectie mogelijk aan de orde is. Ik verwacht u de rapportage van dit onderzoek in het najaar te kunnen

toesturen. Daarnaast zal de NZa in de jaarlijkse marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2015 rapporteren over haar onderzoek naar (1) het groeiend aantal polissen, (2) premiekortingen en (3) herverzekering eigen risico. Deze zal ik u in september met mijn reactie erop doen toekomen.
Ik zal de NZa ook vragen vervolgonderzoek te doen. Ik verwijs kortheidshalve naar mijn reactie op de gevraagde onderzoeken.

Ten behoeve van een goed geïnformeerde keuze van de verzekerde, hetgeen een belangrijk onderdeel is van de keuzevrijheid, heeft de NZa verscherpte regels opgesteld en opgenomen in een separate beleidsregel «Informatieverstrekking via vergelijkingssites». Deze verscherpte regelgeving wordt begin juli 2015 door de NZa vastgesteld. Hierdoor is deze regelgeving van toepassing voordat de zorgverzekeraars op uiterlijk 19 november met hun polissen voor 2016 komen. De NZa heeft aangegeven voornemens te zijn om regels te stellen die inhouden dat een verzekeraar, als hij een overeenkomst sluit met de beheerder van een vergelijkingssite, zorg draagt voor de juistheid van de informatie die de vergelijkingssite verstrekt. Dat gaat om informatie over de polisvoorwaarden, de uitleg van termen in de polisvoorwaarden en de beschrijving van de polis op de vergelijkingssite. De informatie op vergelijkingssites mag geen afbreuk doen aan de informatie die de verzekeraar zelf aan verzekerden verstrekt en mag niet misleidend zijn.
De NZa zal in het najaar verscherpte controle uitvoeren op naleving van deze beleidsregel door middel van een self assessment bij zorgverzekeraars.

Gedifferentieerd MBI

Het moet voor de zorgaanbieder lonend zijn om een contract met de zorgverzekeraar af te sluiten. In het huidige systeem kan het voor een individuele aanbieder lucratief zijn om juist geen contract met de zorgverzekeraar af te sluiten en vervolgens veel volume te draaien. Een eventuele overschrijding in de sector wordt immers op alle aanbieders in de hele sector verhaald, ook op de aanbieders die zich goed houden aan de contractafspraken met zorgverzekeraars. Om deze perverse prikkel tot overproductie uit te schakelen, wil ik de toepassing van het mbi gerichter inzetten op niet-gecontracteerde zorg. Om de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders te bevorderen en tegelijkertijd de ontwikkeling van de macrokosten te beheersen, ben ik voornemens een gedifferentieerd macrobeheersmodel mogelijk te maken dat aanzet tot overleg en contractering tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, ook over kwaliteit van zorg. Het betreft een complexe wijziging waarvoor de Wet marktordening gezondheidszorg zal moeten worden gewijzigd. Ik heb het wetsvoorstel «Herpositionering NZa en deregulering» afgelopen voorjaar ter consultatie beschikbaar gesteld en werk dit momenteel verder uit. Ik leg rond de jaarwisseling voorstel voor de wetswijziging aan uw Kamer voor.

Versterking van de positie van verzekerden

Jaar van de transparantie

Om meer te kunnen kiezen op kwaliteit hebben patiënten meer inzicht in kwaliteit van het zorgaanbod nodig. In mijn brief van 2 maart 2015 over het jaar van de transparantie heb ik hiervoor een uitgebreid plan gepresenteerd met concrete doelstellingen. Belangrijk onderdeel van dit plan is dat met veldpartijen afspraken zijn gemaakt zodat informatie over kwaliteit van de 30 meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar komt. Ondertussen is afgesproken om welke 30 aandoeningen het precies gaat. Om te zorgen dat de patiënt hier snel iets van merkt, zijn partijen

voortvarend hiermee aan de slag gegaan, zonodig zal het Zorginstituut gebruik maken van doorzettingsmacht daar waar ontwikkelingen achterblijven. Met zorgverzekeraars heb ik afgesproken dat zij voor deze aandoeningen alleen zorg zullen inkopen op basis van ontwikkelde kwaliteitsindicatoren en zelf geen aparte uitvragen meer zullen doen. Dit levert naast transparantie ook een aanzienlijke verlichting van regeldruk op.

Ook worden dit jaar 300 richtlijnen van de wetenschappelijke verenigingen opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut. Voor een groot deel van deze 300 wordt bovendien begrijpelijke informatie voor patiënten gemaakt. Ondertussen zijn 120 van deze richtlijnen overgedragen. Hiermee liggen we goed op schema. Tot slot heb ik met diverse veldpartijen afspraken gemaakt over de verdeling van vrijgestelde middelen uit de Kamerbrief Kwaliteit loont. Via websites als www.zorgkaartnederland.nl en www.thuisarts.nl hebben patiënten toegang tot steeds meer en betere informatie.

Het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz zal volgens de huidige planning eind 2016 circa 25 kwaliteitsproducten (aandoeningsspecifieke zorgstandaarden en generieke modules) opgeleverd hebben.

Tevens is er een inventarisatie ingezet naar hoe de patient beter kan worden geïnformeerd over de opties en consequenties van de eigen behandeling. Er is een aantal goede voorbeelden dat grootschalige toepassing moet vinden. Onderzocht moet worden wat daarvoor nodig is. Standaardisatie en het inkopen door zorgverzekeraars op standaarden is daarin een eerste en belangrijke stap.

Transparantie inkoopcriteria zorgverzekeraars

Het is vervolgens belangrijk dat voor de verzekerde transparant is op basis van welke (kwaliteits)criteria de zorgverzekeraar zijn zorg heeft ingekocht. Zoals ik in mijn brief Kwaliteit loont heb aangegeven, heb ik de NZa gevraagd in haar regelgeving op te nemen dat verzekeraars voor ieder kalenderjaar uiterlijk op 1 april voorafgaand aan dat jaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend moeten maken, en inzicht moeten bieden in de wijze waarop zij bij de zorginkoop rekening hebben gehouden met de diversiteit van patiënten. Daarnaast heb ik de NZa gevraagd om in de regelgeving nader te expliciteren dat het gecontracteerde zorgaanbod door zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor het contractjaar bekend gemaakt wordt.
De NZa heeft inmiddels de gevraagde regelgeving in concept gereed en voor consultatie voorgelegd aan de relevante partijen. Volgens planning zal de regelgeving begin juli gepubliceerd worden. Hetgeen betekent dat de regels nog voor het nieuwe jaar van kracht worden.

Invloed verzekerden

Voorts heb ik in de brief «Kwaliteit loont» aangegeven dat ik de invloed van verzekerden op verzekeraars zou versterken. In overleg met uw Kamer is besloten de verstevigde positie van de verzekerde wettelijk te verankeren. Aan de invulling van deze maatregel is de afgelopen periode hard gewerkt. Overleg heeft plaatsgevonden met de NPCF en zorgverzekeraars om zodoende een breed draagvlak te creëren. Het streven was de eerder voorgenomen amvb met ingang van 1 januari 2016 in werking te laten treden. Nu er, op verzoek van de Kamer sprake is van een wetsvoorstel, is deze termijn als gevolg van de procedures rondom het wetgevingsproces niet meer haalbaar en zal inwerkingtreding op zijn vroegst per 1 januari 2017 mogelijk zijn. Om deze termijn te halen, zal ik uw Kamer het

wetsvoorstel zo spoedig mogelijk doen toekomen. Naar verwachting is dat begin 2016. Na de zomer gaat het wetsvoorstel in consultatie.

Verbetering meldpunt NZa

Voor individuele patiënten, verzekerden, werknemers en anderen moet het makkelijker worden om meldingen te doen bij de NZa. Dit betreft zowel de bekendheid van het bestaande loket als de afhandeling van de meldingen. Dit om de positie van de patiënt en de verzekerde verder te versterken. Zoals ik in de brief Kwaliteit loont en in de kabinetsreactie op het rapport van de Commissie Borstlap heb aangegeven, vind ik het daarom belangrijk dat het bestaande loket bij de NZa klantvriendelijker wordt gemaakt en uitgebreid. Op basis van de signalen van het loket kan de NZa eerder besluiten om het gedrag van een bepaalde zorgaanbieder of verzekeraar nader te onderzoeken. Inzet van de NZa is dat het verbeterde loket conform de planning in de tweede helft van 2015 volledig operationeel is.

De eerste resultaten zijn al behaald. De doorlooptijden voor het afhandelen van vragen bij de informatielijn zijn met ingang van 1 mei 2015 met de helft verkort naar 10 dagen en het streven is om dit in 2016 verder te verkorten. Met ingang van 1 oktober 2015 worden ook de openingstijden van de informatielijn verruimd en wordt de toegankelijkheid van de website verbeterd door onder andere de informatie in begrijpelijke taal op te schrijven.

De belangrijkste verbeteringen die in de tweede helft van 2015 staan gepland, zijn dat consumenten weten waarvoor ze wel en niet bij NZa terecht kunnen. Daarnaast wordt de toegankelijkheid van de website verder verbeterd op basis van nader onderzoek naar wensen van bezoekers van de website en vragen en meldingen worden klantvriendelijk afgehandeld. Aanvullend komt er een interventieteam dat snel actie op relevante meldingen kan ondernemen. Ten slotte worden de bevindingen van het loket inzichtelijk gerapporteerd. Er wordt bij de ontwikkeling van het loket ook gekeken naar de ervaringen van het landelijk meldpunt zorg.

Verhoging kwaliteit van het zorgaanbod

Scherpere kwaliteitseisen

In de brief Kwaliteit loont heb ik aangegeven de kwaliteit van de zorg en het inzicht daarin te willen verbeteren door kwaliteitseisen te stellen aan het aanbod van zorg, in het bijzonder aan de ggz. In mijn brief van 18 mei 2015 (Kamerstuk 25 424, nr. 275) heb ik het advies van de commissie-Meurs aan uw Kamer aangeboden. Daarbij heb ik aangekondigd te werken aan een verplichting voor aanbieders van curatieve ggz om, in navolging van het advies van de commissie Meurs, een kwaliteitsstatuut te hebben.

In dat kwaliteitsstatuut komt een aantal elementen uit de brief Kwaliteit loont samen: de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de regiebehandelaar en de overige behandelaren moeten daarin uitgewerkt zijn, de in te zetten deskundigheden en de wijze waarop met ketenpartners wordt samengewerkt moeten daarin eveneens vastgelegd worden. Ook ben ik voornemens voor deze zorgaanbieders verplicht te stellen dat zij uitkomstgegevens aanleveren ten behoeve van een benchmark.

Voor niet-ggz zorg koers ik vooralsnog op initiatieven van veldpartijen zelf om kwaliteitsstandaarden vast te stellen. Zo is er bij de Medisch specialis-

tische zorg een breed door de sector gedragen Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda waarin partijen goede vorderingen maken in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg en het verschaffen van inzicht daarin. Het Kwaliteitsinstituut speelt daarbij een aanjagende rol. Daarnaast ben ik in overleg met de NZa over de mogelijkheid om de genoemde kwaliteitseisen te betrekken als voorwaarde voor declaratie. Ook regel ik dat het Big registratienummer van de regiebehandelaar (een BIG geregistreerde beroepsbeoefenaar) wordt vermeld op plekken waar beroepsbeoefenaren zich schriftelijk (ook digitaal) bekendmaken als beroepsbeoefenaar. Te denken valt aan uitingen als websites en facturen, maar ook op het naambordje bij de deur. Een voorstel hiertoe heb ik opgenomen in het wetsvoorstel BIG dat ik voor de zomer in internetconsultatie breng.

Er wordt gewerkt aan doorontwikkeling van de bekostiging van de generalistische basis-ggz, op basis van de eerste ervaringen met:
- de huidige inrichting van de basis-ggz (bijv. in relatie tot specifieke groepen, zoals chronische ggz-patiënten),
- de rol en bekostiging van de POH-GGZ.

Daarbij wordt bezien hoe de bekostiging kan bijdragen aan de samenwerking tussen basis-ggz en huisartsenzorg. Het doel is dat de patiënt met een ggz-zorgvraag de juiste zorg op het juiste moment op de juiste plek ontvangt. Door de aansluiting tussen de echelons te verbeteren, kan de patiënt nog soepeler door de ggz-keten bewegen. De afgelopen tijd is hierover gesproken met verschillende (vertegenwoordigers van) aanbieders uit zowel de huisartsenzorg als basis-ggz, waaronder aanbieders die erg voorlopen op dit gebied. Deze gesprekken zullen de komende tijd worden voortgezet. Ik streef ernaar nog dit jaar de uitgangspunten voor de doorontwikkeling van de bekostiging vast te stellen, zodat de NZa hiermee aan de slag kan en de wijzigingen per 2017 kunnen worden doorgevoerd.

Scherper toezicht op kwaliteit

Op 7 mei jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de resultaten van de IGZ-pilot nieuwe toetreders 2014. Zoals aangegeven in de brief Kwaliteit loont, is de pilot van de IGZ in 2015 staand beleid geworden. Afhankelijk van het type zorg, bezoekt de IGZ nieuwe toetreders binnen 4 weken tot 6 maanden na de start. Zorgaanbieders die zorg leveren, waaraan hoge risico's zijn verbonden, worden binnen 4 weken na de start van de zorgverlening bezocht.

Uit de bevindingen van de IGZ bij de pilot nieuwe toetreders komt naar voren dat het niet altijd duidelijk is wanneer de beginnende zorgaanbieder start met de zorgverlening. Om effectief toezicht op beginnende zorgaanbieders te kunnen houden, is dit relevante informatie. Uit de pilot blijkt voorts dat veel nieuwe toetreders nauwelijks of geen kennis hebben van de (rand)voorwaarden die worden gesteld aan veilige en verantwoorde zorg. Om te komen tot effectief toezicht op kwaliteit van nieuw toetreders, heb ik een meldplicht onder voorwaarden voor alle nieuwe toetreders die vallen binnen het toepassingsbereik van de Wkkgz aangekondigd. Een wetsvoorstel daarvoor is in voorbereiding en zal naar verwachting begin 2016 aan uw Kamer worden aangeboden.

Daarenboven ben ik in het kader van het wetsvoorstel Wkkgz gestart met de voorbereidende werkzaamheden om een Landelijk register zorgaanbieders mogelijk te maken. Met dit register worden gegevens uit verschillende bronregisters, zoals het Handelsregister, het BIG-register en het AGB-register gekoppeld. Het Landelijk register zorgaanbieders zal worden gebruikt om invulling te geven aan de behoefte van de IGZ en

anderen in de zorg (verzekeraars, cliënten) ten aanzien van een betrouwbare landelijke registratie. Ik heb daartoe met de IGZ afgesproken dat zij vanaf nu de regie neemt om samen met het CIBG, de NZa en ZINL dit register te operationaliseren.

Ten slotte heb ik in de brief Kwaliteit loont ten aanzien van scherper toezicht op kwaliteit aangegeven dat de CIBG-toets bij toelating per 1 januari 2016 verbeterd zal worden. Het CIBG zal vanaf 1 januari 2016 al zoveel als mogelijk handelen in de lijn met de voorgestane wetswijziging. Voordat de wetswijziging tot stand is gekomen, zal deze werkwijze overigens slechts betrekking kunnen hebben op die zorgaanbieders die op dit moment een toelating moeten aanvragen bij het CIBG en kan deze handelwijze niet worden afgedwongen.

Stringent pakketbeheer

Op 17 april jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over de aanpak van stringent pakketbeheer (Kamerstuk 29 689, nr. 606). Daarin heb ik onder meer aangegeven dat de medewerking van de betrokken beroepsgroepen essentieel is bij pakketbeheer, bijvoorbeeld ten aanzien van het ontwikkelen of actualiseren van richtlijnen en de toepassing daarvan. Zoals ik daarbij heb aangegeven, vind ik het van belang dat het Zorginstituut en de verschillende veldpartijen bij hun werkzaamheden oog hebben voor de samenhang van de doorlichting van het pakket met de acties die voortkomen uit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, opdat deze elkaar kunnen versterken. De in het Regeerakkoord opgenomen taakstelling van € 75 miljoen in 2016, oplopend tot € 225 miljoen in 2017 moet op stringent pakketbeheer worden ingevuld.[2] Bij het afsluiten van de Hoofdlijnakkoorden is dit ook altijd helder geweest. De komende periode zal de invulling van deze taakstelling ter hand worden genomen.

Zowel het Zorginstituut, als de Federatie van Medisch Specialisten (de Federatie) hebben mij erop gewezen dat er een sterke overlap is tussen de activiteiten onder de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg en de systematische doorlichting van het pakket. In beide gevallen worden op basis van een doorlichting van de zorg voorstellen gedaan voor meer gepast gebruik. Om te voorkomen dat de activiteiten elkaar in de weg zitten en de totale opbrengst onverhoopt minder groot is dan mogelijk, ben ik in overleg met de Federatie, het Zorginstituut en andere betrokkenen om de agendasetting en de uitwerking van beide programma's beter op elkaar te laten aansluiten.

Overigens bericht ik u, dat ik met mijn brief van 5 juni 2015 over het pakketbeheer (Kamerstuk 29 689, nr. 615) meen te hebben voldaan aan de toezegging om uw Kamer te informeren over gepast zorggebruik zoals gedaan tijdens het Algemeen overleg Pakketmaatregelen op 2 juli 2014

Evenwicht in de sector

Naar een krachtig markttoezicht

In het belang van de patiënt en verzekerde wil ik voorkomen dat in de zorg machtsposities kunnen ontstaan die ten koste zouden kunnen gaan van kwaliteit, betaalbaarheid en bereikbaarheid van de zorg. Hiertoe is een stevig en krachtig gepositioneerd markttoezicht in de zorg van cruciale betekenis. Ik wil het markttoezicht in de zorg versterken door de zorgspeci-

---

[2] € 75 miljoen in 2016, oplopend naar € 225 miljoen in 2017. Een besparing van € 70 miljoen vanaf 2014 is reeds behaald, waarmee de totale besparing op stringent pakketbeheer op ca. € 300 miljoen komt.

fieke toezichtstaken welke zijn geregeld in de Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg) (aanmerkelijke marktmacht en de zorgspecifieke fusietoets) over te hevelen naar de Autoriteit Consument en Markt (ACM). Hierdoor wordt de relevante kennis van de zorgmarkten en expertise rond mededingingsprocedures gebundeld bij één toezichthouder. Tevens vergroot ik de capaciteit met circa 20 fte, bovenop de nog over te hevelen capaciteit van de NZa en het reeds aanwezige personeel bij de ACM dat zich bezighoudt met concentratietoezicht, kartelonderzoek en het instrument misbruik van economische machtspositie binnen de zorg. De overheveling zal worden geregeld via het wetsvoorstel Herpostionering NZa en deregulering. Ik ben voornemens om eind dit jaar dit wetsvoorstel aan uw Kamer voor te leggen. Hierin zal ik ook verbeteringen van het wettelijk instrumentarium voorstellen. Partijen die zich melden voor de zorgspecifieke fusietoets worden verplicht duidelijk te motiveren waarom ze kiezen voor fusie boven lichtere vormen van samenwerking. Verder wordt de mogelijkheid in de wet opgenomen om nadere voorwaarden te stellen op basis waarvan de ACM zou kunnen toetsen op de gevolgen voor de publieke belangen.[3] Vooruitlopend op de daadwerkelijke overheveling van taken, stel ik bovendien budget ter beschikking aan de ACM, dat zal worden benut om onderzoek te doen naar de werking van de zorgmarkten en de mogelijke mededingingsproblemen die zich voordoen.

Inkoopmodellen en onafhankelijke geschillencommissie

Naast bovenstaande onderzoek van ACM zal ik onderzoek doen naar mogelijkheden om meer ruimte te geven aan samenwerking tussen beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, opdat conform de evaluatie er meer balans komt tussen de positie van de zorgverzekeraar en die van de individuele beroepsbeoefenaar. Dit komt ten goede aan de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.

Een veel gehoorde klacht is dat rond het contracteringsproces tussen verzekeraars en individuele beroepsbeoefenaars, in het bijzonder in de eerste lijn, de individuele zorgaanbieders te weinig invloed hebben op de inhoud van het contract (tekenen bij het kruisje) en bovendien dat samenwerking en gezamenlijk optrekken in de onderhandelingen op gespannen voet staat met de Mededingingswet. Tegelijkertijd is er binnen de kaders van de Mededingingswet veel mogelijk, bijvoorbeeld als het gaat om gezamenlijk overleggen over de inhoud en kwaliteit van de zorgverlening en de vormgeving van contracten. Ook is inhoudelijke samenwerking tussen zorgaanbieders geen enkel probleem, zolang de concurrentieparameters niet worden uitgeschakeld. Om hierover meer duidelijkheid te verschaffen, heb ik de NZa en de ACM verzocht inkoopmodellen te inventariseren en te toetsen aan de Mededingingswet. Vanaf maart hebben NZa en ACM verschillende rondetafelgesprekken georganiseerd, waarbij aanbieders uit de eerstelijn en verzekeraars in gesprek zijn gegaan over mogelijke inkoopmodellen. De bevindingen van dit traject wil ik betrekken bij mijn onderzoek met betrekking tot de verruiming van de mogelijkheden voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn om samen te werken en bij de werkgroep van de LHV. Zoals ik ook heb aangegeven in mijn brief van 30 juni 2016 zal ik uw Kamer hierover na de zomer informeren.

Daarnaast heb ik in mijn brief Kwaliteit loont aangegeven dat er voor geschillen over contractering tussen aanbieders en verzekeraars een onafhankelijke geschillencommissie komt. Het gaat hierbij ook om geschillen over de precontractuele fase. Een belangrijk uitgangspunt hierbij is zelfregulering door het veld. Momenteel werkt VWS in goed

[3] Kamerstuk 29 689, nr. 541.

overleg met onder meer zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan de nadere uitwerking. Het doel is om voor 1 april 2016 een onafhankelijke geschillencommissie operationeel te hebben. De NZa bekijkt momenteel welke van de huidige *Good Contracting Practices* voor de eerstelijnszorg omgezet kunnen worden in bindende regels voor het zorginkoopproces, die zullen gelden voor de gehele Zvw. Daarnaast zal de NZa zorgverzekeraars verplichten om uiterlijk op 1 april voorafgaand aan het kalenderjaar of de kalenderjaren waarvoor de zorginkoop zal plaatsvinden het zorginkoopbeleid en de procedure van de zorginkoop bekend te maken. Verzekeraars hebben overigens vooruitlopend op deze regels voor de komende contractperiode afgelopen 1 april al hun inkoopbeleid bekend gemaakt. Ik juich deze stap van de zorgverzekeraars toe.

Meer ruimte voor innovatieve contracten

Hoewel de huidige tarief- en prestatieregulering ruimte biedt aan innovatieve zorgvormen en maatwerkafspraken, werken de verplichte prestatiebeschrijvingen in bepaalde gevallen beknellend en remmend op innovatie en maatwerk. Patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben aangegeven gebaat te zijn bij een systeem met meer vrijheid voor de invulling van prestaties. Daarom wil ik de Wmg zo wijzigen dat er meer ruimte ontstaat voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars om zelf afspraken te maken over prestaties. Door onderling prestaties af te spreken, kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars sneller afspraken maken die leiden tot betere zorg voor de patiënt. Uiteraard zal voorafgaand aan het vrijlaten van prestaties in een bepaalde sector worden onderzocht of in die sector aan alle randvoorwaarden wordt voldaan om verantwoord te dereguleren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transparantie voor patiënten, aanbieders en verzekeraars, controleerbaarheid door verzekeraars, en toezicht op geleverde zorg. Over de ruimte die dit biedt voor innovatie en maatwerk en welke randvoorwaarden nodig zijn, heb ik op 5 juni jl. een werkconferentie georganiseerd samen met de partijen die zich hebben verenigd in de Agenda voor de Zorg, dit onder leiding van de voorzitter van de Agenda voor de Zorg, prof. dr. Alexander Rinnooy Kan. Tijdens deze conferentie is nader gesproken over het belang om meer ruimte te bieden in de bekostigingsregels. In aansluiting hierop heb ik besloten om dit najaar een congres te organiseren met vermindering van regeldruk als thema. Ik zal uw Kamer hier nader over informeren in mijn brief over de aanpak van regeldruk in de zorg.

De verdere omslag naar meer ruimte om afspraken te maken over prestaties wordt stapsgewijs verkend, waar nodig via experimenten. Afhankelijk van de vorm van zorg kan worden gekozen voor een marktanalyse, een experiment of beide. Het creëren van de ruimte zal worden geregeld via het wetsvoorstel Herpositionering NZa en deregulering. Het plan is dit wetsvoorstel eind van dit jaar aan uw Kamer voor te leggen.

Verschillende partijen geven aan dat de regeldruk in belangrijke mate verminderd kan worden door meerjarige contracten te sluiten. Uit een gespreksronde met zorgverzekeraars over zorginkoop blijkt dat de meeste onder hen positief staan tegenover meerjarige contractering: het heeft een positief effect op de vertrouwensrelatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, het zorgt voor zekerheid voor beide partijen en het biedt de mogelijkheid om (kader)afspraken te maken over bijvoorbeeld kwaliteit, volumegroei, prijzen en substitutie. Hoewel meerjarige contractering sectorbreed in de zorg voorkomt, verschilt het wel per deelsector of er daadwerkelijk meerjarige contracten worden gesloten en zo ja, wat de inhoud en duur hiervan is.

Er kan ook een keerzijde aan dit soort contracten zitten. Zorgaanbieders zijn vaak via meerjarige contracten en omzetgaranties op zoek naar rust en stabiliteit, terwijl zorgverzekeraars gebaat zijn bij dynamiek en beweging die leidt tot een kwaliteitsverbetering. Ook wijzigingen in regelgeving, tarifering en bekostigingswijze spelen een rol bij de keuze voor het wel of niet meerjarig contracteren. Maatwerk is hier derhalve op zijn plaats, soms bieden meerjarige contracten coordelen, soms eenjarige contracten.

De komende tijd zal het ministerie een zelfde gesprek voeren met zorgaanbieders. Ook bij hen zal worden nagegaan hoe zij met meerjarige contractering omgaan. Nadat ik ook deze informatie heb geïnventariseerd, zal ik bekijken in welke mate maatwerk gestimuleerd moet worden en welke acties daarvoor geschikt zouden kunnen zijn. Eerder door uw Kamer gedane suggesties daarvoor zal ik daarbij betrekken.

Zvw-pgb

Het wetsvoorstel waarmee het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet wordt verankerd, wordt binnenkort aan de Tweede Kamer toegezonden.

Tot slot

Er is toegezegd aan de Kamer dat het CPB het pakket aan maatregelen voor Kwaliteit loont door zal rekenen voor zover mogelijk. Deze voortgangsrapportage zal voor het CPB een aanknopingspunt vormen de maatregelen te analyseren. Daarnaast is met het CPB en VWS in juli een technisch overleg ingepland. Het CPB zal de maatregelen analyseren op basis van de beschikbare informatie, in ieder geval in kwalitatieve zin maar zo mogelijk ook in kwantitatieve zin, en het is aan hen om vervolgens te besluiten op welke wijze hierover te publiceren.
Met deze brief heb ik uw Kamer geïnformeerd over de voortgang van alle maatregelen die in het kader van Kwaliteit loont worden opgepakt. In de tweede helft van 2015 zullen verdere stappen gezet worden, onder meer rondom verbetering kwaliteit en transparantie, de mededinging en overheveling markttoezicht van NZa naar ACM. Over de meeste onderwerpen zal ik uw Kamer door middel van separate brieven informeren. Daarnaast zal ik uw Kamer voor de begrotingsbehandeling een tweede voortgangsrapportage Kwaliteit loont toesturen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers